



CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM  
 Medical Assistance Administration  
 PO BOX 45531  
 OLYMPIA, WA 98504-5531

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)**  
 CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP) ENROLLMENT FORM

INSTRUCCIONES: Sírvase usar letra de molde.

1. Sírvase usar letra de molde					
APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					NÚMERO DE TELÉFONO (    )

2. Niños en el hogar. Escriba la información correspondiente al niño bajo cobertura de CHIP.					
T B	Nombre (Apellido , Nombre, Inicial del segundo nombre)	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)	Sexo (M/F)	Número de Seguro Social	Nombre del médico y/o clínica (ver <i>SUGERENCIA</i> en sección 3)

**3. Cómo obtendrán asistencia sus hijos.** Debe escoger la forma en la que sus hijos recibirán asistencia médica. Las opciones dependerán según donde usted vive.  
*Si sus hijos son indígenas americanos o nativos de Alaska, hay más opciones en la sección 4 al reverso de este formulario.*

Primero:

- Vaya a la lista de condados provista en página 1 de la guía **CHIP Choices** adjunta a este formulario.
- Encuentre su condado y escoja la forma en que sus hijos recibirán la atención. Usted no puede participar de un plan que no esté en su condado y no puede estar en fee-for-service (arancel-por-servicio) a menos que éste sea una opción en su condado.
- Una vez que decidió, marque uno de los casilleros al pie del formulario.

***SUGERENCIA:** Si desea que sus hijos permanezcan con un médico o clínica que usted ya tiene, llame para averiguar si éstos pertenecen a un plan en su condado. Si no pertenecen y usted tiene fee-for-service como alternativa, pregúnteles si aceptarán su tarjeta de identificación médica y enviarán la facturar a DSHS. Llene la información del médico en la sección 2 si tiene un doctor o clínica que pertenece a un plan en su condado.*

<input type="checkbox"/> <del>Aetna US Healthcare (AUSHC)</del>	<input type="checkbox"/> Molina Health Care (MHC)
<input type="checkbox"/> Columbia United Providers (CUP)	<input type="checkbox"/> Primera Blue Cross (PBC)
<input type="checkbox"/> Community Health Plan of Washington (CHPW)	<input type="checkbox"/> Regence Blue Shield (RBS)
<input type="checkbox"/> Group Health Cooperative (GHC)	<input type="checkbox"/> Fee-for-Service

#### 4. ¿Son sus hijos indígenas americanos o nativos de Alaska?

De **serlo**, usted tiene 3 alternativas:

- Puede inscribirse en una clínica tribal o centro de salud [Primary Care Case Manager (Gerente de Caso para Cuidados Primarios)] que sea operado por una tribu, Servicios Indígenas de Salud o una Organización Indígena urbana, o
- Puede inscribirse en un plan de salud en la sección 2 (al anverso) dependiendo de la disponibilidad en su condado, o
- Puede inscribirse para fee-for-service más abajo. Ver páginas 6 y 7 de su guía **CHIP Choices** para mayor información.

Condado	Nombre de la Clínica	Elección	Condado	Nombre de la Clínica	Elección
Ferry	Inchelium Health Center	<input type="checkbox"/>	Clallam	Quileute Health Center	<input type="checkbox"/>
Okanogan	Colville Indian HC	<input type="checkbox"/>	Grays Harbor	Roger Saux Health Center	<input type="checkbox"/>
Clallam	Lower Elwah HC	<input type="checkbox"/>	Pacific	Shoalwater Bay Tribal Clinic	<input type="checkbox"/>
Whatcom	Lummi Tribal HC	<input type="checkbox"/>	Stevens	DC Wynecoop Memorial Clinic	<input type="checkbox"/>
Clallam	Sophie Trettevick IHC	<input type="checkbox"/>	Snohomish	Tulalip Tribes Health Center	<input type="checkbox"/>
Whatcom	Nooksack Comm Clinic	<input type="checkbox"/>	King	Seattle Indian Health Board	<input type="checkbox"/>
Kitsap	Port Gamble S'Klallam HC	<input type="checkbox"/>	Yakima	Yakama Indian Health Center	<input type="checkbox"/>
Pierce	Takopid Health Center	<input type="checkbox"/>	<b>Fee-for-service</b>		<input type="checkbox"/>

#### 5. Niños con necesidades especiales de cuidado de la salud.

De los niños nombrados en la sección 2, ¿alguno de ellos presentan una condición médica especial o retraso de desarrollo?

No  Sí De responder afirmativamente, sírvase escribir las condiciones especiales de salud del niño (o el nombre de este último).

\_\_\_\_\_

#### 6. Firma

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Fecha

**¿Necesita ayuda o tiene preguntas? Llame a la línea de ayuda de Asistencia Médica al 1-800-562-3022.**

**El número TTY/TDD es 1-800-848-5429 para personas con dificultades para escuchar y hablar.**

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades. Nadie debe ser excluido debido a su raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, religión, credo o incapacidad.

FOR DEPARTMENT USE ONLY

Eligibility Verified By:	Enrolled By:	Processing Date	Effective Date
--------------------------	--------------	-----------------	----------------